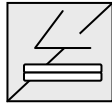


Fax de emergencias



No puedo oír



No puedo hablar



Soy discapacitado

¿Quién envía el fax?

Nombre: _____

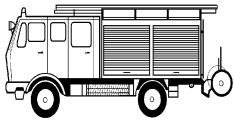
Número de fax del solicitante: _____

¿Lugar de la asistencia requerida?

Calle: _____ Número: _____ Piso/Planta: _____

Lugar: _____

¿De quién se requiere asistencia?



Bomberos



Fuego



Situación de emergencia



Accidente



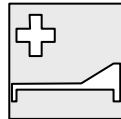
Servicios médicos de urgencia



Médico de urgencia



Lesión



Enfermedad



Policía



Robo



Asalto



Pelea

¿Qué sucedió?

Solicito información acerca del servicio de guardia de:



Médico



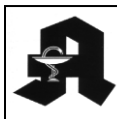
Dentista



Otorrinolaringólogo



Oftalmólogo



Farmacia en el área de la ciudad / municipio de _____

Dirección: _____

Número de fax: _____ Teléfono: _____

¡Muchas gracias!

Firma: _____

¡Favor enviar de vuelta por fax!----- ¡Favor enviar de vuelta por fax!----- ¡Favor enviar de vuelta por fax!

Fax de emergencias fue recibido y _____

está en camino para asistirle.

Firma del encargado receptor: _____